3e Année. No 1.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **L. Bayer**, à Bruxelles. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris.— **Samuel Sexton**, à New-York. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Schnitzler**, Professeur à l'Université de Vienne.— **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, à Breslau.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **L. Elsberg**, à New-York. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne.— **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres.— **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à l'université de Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, à Breslau.

TOME II



PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXII

3e Année. N° 1. 1er Janvier 1882.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des pseudo-tumeurs des fosses nasales

Par le Dr E.-J. Moure.

Comme l'indique le titre de cet article, je désire signaler à l'attention des observateurs quelques faits certainement assez communs, mais sur lesquels les auteurs ont peu insisté jusqu'à ce jour, et que quelques-uns ont même passé entièrement sous silence.

L'on a décrit avec soin les différentes tumeurs que l'on peut rencontrer dans les fosses nasales (polypes muqueux, fibreux, ostéomes, enchondromes, sarcomes, etc.).

Il suffira d'ouvrir un traité de pathologie externe pour y trouver la description des procédés opératoires qu'il convient d'employer dans tel ou tel cas plus ou moins difficile, mais les auteurs n'insistent pas en général sur ceux dans lesquels l'opération est inutile, et ils ne disent pas avec quelle facilité disparaissent ces prétendues tumeurs (pseudo-tumeurs), qui peuvent quelquefois faire

hésiter le plus habile observateur. Avant de m'étendre plus longuement sur ce sujet, je vais rapporter quelques faits observés récemment et qui, je dois le dire, ont servi de point de départ à cet article :

OBSERVATIONS

Observation I. — Mme L... (de Bordeaux), âgée de vingt-six ans, vient me consulter le 23 juin 1881, pour *écoulement purulent fétide* et *constant* de la narine gauche.

La malade me raconte que depuis déjà d'assez longues années elle est sujette à des érysipèles mensuels, apparaissant un ou deux jours avant les règles et cessant avec ces dernières. Ces érysipèles débutent par le nez où ils restent en général localisés, mais deux ou trois fois cependant ils ont envahi les joues sans jamais s'étendre au-delà; elle ajoute de plus que depuis trois ans environ elle éprouve une difficulté considérable pour se moucher et ne peut respirer que par la narine droite; depuis cette époque a également commencé l'écoulement purulent pour lequel elle vient me consulter. Il est inutile d'ajouter qu'elle a essayé toute sorte de traitements (cautérisations locales, injections, iodure de potassium à l'intérieur, etc., etc.), et que toute la pharmacopée médicale (allopathe et homéopathe) n'a pu la soulager; je dois aussi à la vérité de dire que jamais on n'a pratiqué l'examen rhinoscopique.

A l'examen extérieur, je constate une rougeur avec épaississement de la peau du nez qu'expliquent facilement les érysipèles auxquels est sujette la malade, l'entrée de la narine gauche est garnie de fissures et d'excoriations dues au passage constant du pus à ce niveau. La matière qui s'écoule du nez est une sorte de pus grisâtre, mal lié, quelquefois sanguinolent, lorsque la malade fait des efforts pour se moucher, la sécrétion est constante et oblige la malade à avoir presque toujours son mouchoir devant le nez.

Le passage de l'air est absolument impossible de ce côté, la voix a un timbre légèrement nasonné.

A l'*examen rhinoscopique*, la narine droite est très libre et la muqueuse paraît saine; néanmoins, la cloison médiane est un peu déviée de ce côté.

Du côté gauche, j'aperçois une énorme tumeur, rouge par places, grise en d'autres points, ayant un aspect *fongueux mamelonné*, rappelant en tous points les néoplasmes malins. Elle remplit entièrement la narine gauche et elle saigne au moindre attouchement.

L'examen rhinoscopique postérieur révèle l'intégrité absolue de la voute basilaire et des fosses nasales postérieures.

Avant de porter un diagnostic, j'interrogeai avec soin la malade sur ses antécédents qui ne me fournirent aucune donnée; elle venait du reste de subir un traitement ioduré sérieux, sans éprouver le moindre soulagement; je lui demandai si elle n'avait aucune souvenance de l'introduction d'un corps étranger quelconque dans cette narine, mais elle m'affirma *catégoriquement* être certaine de n'avoir jamais mis de corps étrangers dans son nez.

Je voulus alors introduire un stylet pour me rendre compte des dimensions de la tumeur, de son point exact d'implantation, notions utiles pour pratiquer l'ablation que je projetais; mais la malade, très nerveuse, trouvant mon examen déjà assez complet, me pria de remettre cette exploration à une autre séance. Je me bornais alors à prescrire des irrigations phéniquées, à faire deux fois par jour, et des insufflations de poudre de calomel et d'alun.

La fois suivante (30 juin), la tumeur n'a subi aucune modification, l'écoulement est aussi abondant mais peut-être moins fétide; après avoir écarté les valves de mon rhinoscope, j'introduisis, au-dessous du néoplasme, sur le plancher des fosses nasales, un stylet recourbé que je me proposais de pousser jusqu'à la paroi pharyngienne; mais ce dernier avait à peine pénétré à 1 centimètre au-dessous de la tumeur, que je le sentis arrêté par un *corps dur*, *résistant*, mais *irrégulier*, donnant absolument la *sensation rugueuse* de l'os nécrosé; il était mobile, mais à chaque mouvement que je lui imprimais, la malade éprouvait une vive douleur qui me força à suspendre pendant quelques instants mon exploration. Je profitais, de ce moment de répit pour demander de nouveau à la malade si elle ne s'était jamais introduit de corps étrangers dans la narine, mais devant sa réponse négative bien catégorique, je songeai à la possibilité d'un séquestre osseux dont je proposais tout d'abord l'extraction comme opération préliminaire. J'essayai alors de saisir le corps du délit avec des pinces

recourbées, mais je ne pus jamais réussir à le faire passer au-dessous de la tumeur; je résolus alors de le pousser vers le pharynx et de l'extraire par la bouche, résultat qui fut obtenu non sans quelques difficultés, d'un côté, à cause de la malade, qui était sans cesse sur le point de défaillir; de l'autre, à cause des aspérités du corps étranger, qui s'arrêtait sur la muqueuse, dont il érodait la surface. Enfin, la malade ressentit une gêne derrière le voile du palais, et peu de temps après elle rendait par la bouche un corps noirâtre, incrusté de matières calcaires, de forme oblongue, ayant environ le volume d'une petite noisette allongée, mais n'ayant aucune ressemblance avec un séquestre osseux. Je parvins à le fendre, et je reconnus alors qu'il était formé de deux parties distinctes, l'une externe, noire, dure et crétacée, dont la surface irrégulière formait une véritable coque; l'autre, blanche, assez molle, rappelant l'intérieur d'une graine d'orange ou de citron.

Aussitôt le corps étranger expulsé, la malade rendit par la bouche une assez grande quantité de matière caséeuse, horriblement fétide, mêlée avec un peu de sang. J'essayai alors d'introduire le stylet, qui, cette fois, pénétra assez facilement jusqu'au niveau de la paroi pharyngienne.

La malade, qui ignorait la présence de cette graine dans sa narine, se rappelait cependant avoir eu des vomissements pendant lesquels le corps étranger avait dû pénétrer dans les fosses nasales.

Néanmoins, tout n'était pas fini et je me demandai si je ne serais pas obligé de faire quelques attouchements caustiques, ou même l'excision de cette tumeur fongueuse qui remplissait toute la narine gauche.

Je conseillais à la malade de continuer ses irrigations phéniques, et prescrivis une potion cordiale pour la remettre de toutes ses émotions.

Quand elle revint me voir, le 7 juillet, elle me raconta que, dès le lendemain de l'extraction du corps étranger, les irrigations avaient commencé à passer d'une narine dans l'autre, que l'écoulement avait diminué progressivement, pour cesser tout à fait et qu'elle avait mouché pendant deux ou trois jours des matières caséeuses, analogues à celle dont j'avais connaissance. Aujourd'hui, la voix n'était plus nasonnée, la

respiration s'effectuait facilement par la narine gauche, et la malade mouchait, disait-elle, comme tout le monde.

A l'examen je trouvai, en effet, la narine libre, et c'est à peine si la muqueuse qui recouvrait le cornet inférieur offrait encore quelques irrégularités et quelques points encore un peu hypérémiés.

Je remplaçai les irrigations phéniquées par une solution alcaline (bi-carbonate de soude), et priai la malade de venir me voir encore une fois.

A mon dernier examen (14 juillet), il était impossible de retrouver aucune lésion dans la narine qui venait d'être atteinte.

Observation II. — Je me suis assez longuement étendu sur la première observation, pour qu'il suffise d'esquisser à grands traits l'histoire de ma deuxième malade :

Je fus appelé vers le mois de mai dernier auprès de la parente d'un de mes confrères, qui se plaignait également d'un écoulement purulent abondant, et presque continuel de la narine gauche. La respiration était absolument impossible de ce côté, la malade n'avait pas d'épistaxis, mais elle se plaignait de violentes douleurs apparaissant sous forme d'élancements douloureux dans tout le côté gauche de la tête.

A l'examen, je constatai également l'existence d'une tumeur rougeâtre, d'aspect fongueux, remplissant toute la narine gauche. La malade refusa de me laisser introduire un stylet, craignant le retour de ses douleurs calmées depuis quelques jours, grâce à une médication opiacée.

Elle était âgée de plus de cinquante ans, et le début de la maladie ne datait que ds six à huit mois.

Je dois avouer qu'en présence de la marche rapide de l'affection et des vives douleurs dont elle était accompagnée, je reservais mon diagnostic jusqu'au moment où j'aurais pu explorer la narine avec le stylet. Je conseillai, en attendant, l'emploi de fumigations émollientes et d'irrigations phéniquées, en recommandant de pousser ces dernières avec assez de force.

La malade, redoutant l'introduction de mon stylet, ne me fit plus demander ; mais j'ai appris, depuis, qu'elle était complètement rétablie, et que tous les symptômes dont elle se plaignait avaient disparu.

Observation III. — Le troisième fait est relatif à un homme d'une quarantaine d'années, M. D..., habitant les environs de Bordeaux, qui me fut adressé le 20 août dernier par mon confrère et ami le Dr Dehillotte. Ce malade se plaignait également d'un écoulement purulent de la narine gauche, de difficulté pour respirer de ce côté et de quelques douleurs au niveau de l'aile du nez, symptômes qui avaient fait songer à un abcès du sinus maxillaire.

A l'examen rhinoscopique, je constatais la présence d'une tumeur rougeâtre, fongueuse, du volume d'une grosse noisette, semblant prendre son insertion sur le cornet inférieur de ce côté. L'introduction du stylet, que je pus pousser jusqu'au niveau de la paroi pharyngienne, amena simplement le rejet de matière caséeuse fétide et très épaisse ; mais il ne me révéla la présence d'aucun corps étranger. La maladie avait, au dire du malade, débuté par un simple coryza. Ce dernier affirmait, du reste, ne s'être introduit aucun corps étranger dans le nez. Il n'existait aucun antécédent syphilitique.

Je prescrivis également des irrigations phéniquées, et persuadé de l'inutilité de cette médication, je conseillais au malade de revenir peu de temps après pour se faire enlever ce néoplasme.

Il revint en effet, et il m'apprit qu'il avait éprouvé une légère amélioration ; que l'écoulement était toujours abondant, mais qu'il pouvait respirer plus librement par cette narine. Je pus voir, du reste, en l'examinant, que la tumeur avait diminué de volume, et après avoir introduit le stylet, le malade moucha encore de la matière caséeuse. Je répétais l'introduction de l'instrument à plusieurs reprises, me servant cette fois d'un tampon de ouate, enroulé sur mon porte-ouate, que j'essayais de pousser jusqu'au niveau du pharynx. Après quelques essais, je pus arriver à mon but, et le malade moucha encore de la matière caséeuse en plus grande quantité que précédemment.

Décidé alors à ne pas intervenir, je conseillai au malade de continuer son traitement ; et quand il revint me voir pour la dernière fois, le 17 septembre, toute trace de néoplasme avait disparu.

Peut-être, en me livrant à de nombreuses recherches

bibliographiques, aurais-je pu réunir des faits analogues à ceux que je viens de rapporter et que je suis loin de considérer comme rares, bien qu'ils doivent souvent, sinon passer inaperçu, au moins devenir la source d'erreurs; mais les trois observations précédentes suffisent amplement pour démontrer combien l'on devra être prudent avant d'opérer des soi-disant tumeurs qui guérissent si facilement d'elles-mêmes (1).

Chez la première malade, l'affection était en quelque sorte classique, et il s'agissait simplement d'un pepin d'orange ou de citron qui s'était introduit dans sa narine, à son insu, très probablement pendant des efforts de vomissement. Après s'être très probablement fixé au niveau du plancher des fosses nasales, dans le méat inférieur, la graine, au lieu de se ramollir et de pousser de véritables germes dans différentes directions, comme le fait a pu être observé quelquefois (2), s'est au contraire recouverte d'incrustations calcaires donnant au toucher cette sensation de corps dur, rugueux, qui m'a fait penser un moment à la possibilité d'un séquestre osseux. On comprend aisément que la muqueuse pituitaire subisse, au contact de ce corps étranger, un travail inflammatoire qui lui donne cet aspect fon-

(1) Le Dr Michel *(Traité des mal. du nez)* traduit par C. Cappart., Bruxelles, 1879, p. 108), rapporte un fait à peu près analogne, survenu chez une petite fille de deux ans (d'Ems), qui, au dire de sa mère, souffrait depuis six mois d'écoulement et d'obstruction du nez. En dépit des soins qui lui furent donnés, le mal ne s'améliorait en aucune façon. On pensait à une ulcération scrofuleuse ; un seul praticien crut avoir découvert un polype que le hasard senl l'empêcha d'opérer : *c'était le cornet inférieur* dont la muquense était tuméfiée. En examinant la jeune enfant, Michel reconnut l'existence d'un corps étranger qu'il réussit à extraire avec des pinces et qui était un morceau de cuir enroulé, de la forme et du volume de l'ongle du pouce.

MM. Follin et Duplay *(Loc. cit.*, p. 779), rappellent également le cas signalé par Hays *(Americ. journ. of méd. sc.*, avril 1858, p. 390), d'une dame de vingt-cinq ans, soignée depuis son enfance pour un ozène constitutionnel, qui guérit après le rejet d'un bouton de verre logé depuis plus de vingt ans dans l'une de ses narines.

(2) Bérard. *(Dict. de méd.*, t. XXI.
Smith. *(Brit. méd. journ.*, 14 décembre 1867.)
Cités par Duplay. *(Traités path. ext.* t. III, p. 776.)

gueux et boursouflé, qui la fait ressembler à une tumeur de mauvaise nature ; enfin, il est presque inutile d'ajouter que ce travail ulcératif ne se fait pas sans provoquer une sécrétion abondante de pus et de mucus qui s'écoule d'une part au dehors par l'orifice antérieure de la narine, mais s'accumule de l'autre en arrière de l'obstacle, où il se décompose et produit cet amas caséeux que nous avons vu notre première malade rejeter aussitôt après l'extraction du corps étranger.

Chez les deux autres malades, le pathogénie de l'affection n'est pas aussi facile à expliquer, vu l'absence de corps étrangers venant irriter la muqueuse et provoquer les phénomènes que nous avons exposeés. Il est très probable que dans ces derniers cas, la cause première de l'affection a été l'inflammation chronique de la muqueuse pituitaire. En effet, on comprend très bien qu'à la suite d'un simple coryza ayant dépassé ses limites habituelles, la muqueuse des cornets inférieurs restant tuméfiée, empêche la sécrétion muco-purulente de s'écouler au dehors, et que celle-ci, après avoir séjourné quelque temps dans les fosses nasales, ne tarde pas à se décomposer et à entretenir à son tour l'inflammation primitive qu'elle augmente et qu'elle complique. On voit ensuite se produire peu à peu l'obstruction complète de l'une des narines (en général de celle qui est la plus étroite normalement), tant par l'accumulation de la matière caséeuse qu'à cause du gonflement et la production du véritable bourgeonnement de la muqueuse que détermine cette dernière.

On comprend combien il sera important de pratiquer d'abord l'examen rhinoscopique antérieur et postérieur pour reconnaître la cause de l'obstruction, et, dans les cas où l'on aura constaté la présence d'une tumeur ayant l'aspect de celles que je viens de décrire, l'on se basera surtout sur les commératifs (dans le cas où le malade affirmerait s'être introduit quelque objet dans les narines), sur l'exploration directe avec le stylet dirigé dans tous les sens, et surtout sur la marche de l'affection. En effet, la longue durée de la maladie (souvent plusieurs années), sa marche lente, l'absence d'engorgement

ganglionnaire et de symptômes généraux, permettront d'éloigner l'idée d'une tumeur maligne. Enfin, lorsque à la suite des explorations, le malade rejettera quelques grumeaux de matière caséeuse, l'on devra, avant de proposer l'ablation de la tumeur, essayer de se frayer peu à peu un passage, et l'on conseillera simplement l'emploi d'irrigations nasales (douche de Weber) tièdes, phéniquées ou alcalines, suivant l'état de la muqueuse.

Avant de terminer cet article, je signalerai quelques causes d'erreurs encore assez fréquentes, surtout pour les praticiens peu habitués à examiner les fosses nasales antérieures; je ne veux parler ici ni des rhinolites, véritables corps étrangers très rares dont Demarquay a pu réunir quelques exemples dans son intéressante Monographie (1), ni des hernies accidentelles du cerveau (2), mais d'une saillie naturelle de l'extrémité antérieure des cornets inférieurs qui est prise quelquefois pour un néoplasme et que l'on a essayé d'enlever. Le fait que j'avance pourra sembler exagéré; cependant, j'ai encore eu l'occasion de voir, il y a bien peu de temps, un petit enfant de deux ans pour lequel sa mère vint me consulter au sujet de deux petits « boutons » qu'il avait dans les deux narines, et que son médecin voulait opérer croyant à la présence de deux polypes; l'examen me révéla bientôt que les deux prétendues tumeurs étaient simplement la partie antérieure des cornets inférieurs, que l'on aperçoit souvent avec assez de facilité chez les enfants en leur relevant simplement le bout du nez en haut et peu en arrière. Je crois qu'il suffira de signaler cette cause d'erreur pour la faire éviter.

Enfin, je ne parlerai pas de l'hypertrophie de la mu-

(1) Follin et Duplay, *loc. cit.* p. 777.

(2) Cruveilher a signalé un cas de ce genre observé à l'autopsie chez une vieille femme, la tumeur occupait la fosse nasale droite dans laquelle elle faisait une saillie considérable, le vomer était déjeté à gauche, et les cellules ethmoïdales étaient détruites. Cette tumeur était formée par les méninges faisant hernie à travers la lame criblée détruite. Les méninges formaient une poche conoïde dont la partie rétrécie correspondait à la perforation du crâne. Cette poche contenait du pus et de la matière cérébrale. La dure mère, épaissie et fongeuse, simulait à s'y méprendre la surface d'un polype. (Spillman. *Dict. des Sc. méd.* 2e série t. 13, p. 185).

queuse du nez que l'on rencontre quelquefois, car le traitement de l'affection (excision, cautérisation galvanique, etc., etc.) offre les plus grandes analogies avec celui que l'on emploie dans les cas de véritables tumeurs dont elle ne diffère du reste que par sa structure anatomique.

D[r] E.-J. MOURE.

Otologie

Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille, Diagnostic,

Par J. BARATOUX (1).

Examen de la fonction auditive.

Avant de pratiquer l'examen objectif de l'oreille, il est nécessaire de rechercher l'état fonctionnel de l'ouïe. L'on comprend facilement l'utilité des renseignements que l'on peut ainsi obtenir. Mais il faut avouer que nous n'avons pas encore trouvé pour l'oreille une mesure aussi scientifique, aussi exacte que celle qui existe pour apprécier l'acuité visuelle. Cependant, depuis quelques temps, de nouveaux moyens d'investigation ont été mis à notre disposition par la découverte encore récente du téléphone et du microphone. Ces instruments, combinés avec divers appareils d'électricité, peuvent nous donner des mesures beaucoup plus exactes que les anciennes, sans toutefois encore être arrivés à leur dernier degré de perfection; aussi, pour apprécier l'état de la fonction auditive, devons-nous aussi recourir aux méthodes employées jusqu'ici, c'est-à-dire à la montre, au diapason, aux acoumètres. Nous décrirons donc ces divers moyens qui permettent de constater l'état de l'ouïe en faisant une large part aux nouveaux appareils, et en citant aussi quelques autres instruments, tels que l'otoscope à trois branches, l'otoscope interférent le tube interauriculaire, etc. etc.....

(1) Voir les numéros 9, 10 et 11 (1881).

Acuité auditive.

L'étude de l'acuité auditive se fait par deux voies :

1° La *voie aérienne* et la *voie crânienne*.

Dans la première, l'on recherche la distance à laquelle le malade entend la parole, la montre, le diapason, tandis que dans la seconde, l'on étudie si les vibrations de divers instruments peuvent être transmises par les os du crâne.

Comme nous le verrons plus loin, divers appareils sont communs à ces deux méthodes ; ainsi le diapason, plusieurs acoumètres.

I

RECHERCHE DE L'ACUITÉ AUDITIVE PAR LA VOIE AÉRIENNE.

Dans la méthode d'apprécier l'acuité auditive par la voie aérienne, les vibrations du corps sonore sont séparées de l'oreille par l'air ambiant, qui lui-même prend part au mouvement vibratoire. Les divers moyens dont on se sert dans ce but, sont : la voix, la montre, le diapason et les acoumètres. Mais les auteurs n'accordent pas la même valeur à chacun de ses moyens : ainsi, les uns préfèrent la voix ; les autres la montre ; enfin, d'autres les acoumètres.

Voix. — Il faut tout d'abord empêcher le malade de lire sur les lèvres du médecin ou d'entendre par l'oreille que l'on n'examine pas en ce moment. On doit donc l'engager à fermer les yeux et à se boucher l'oreille, soit avec le doigt mouillé, soit avec une tige de verre entourée de cire à modeler. On recherche alors la distance à laquelle le malade entend la voix moyenne et la voix murmurée. Mais nous n'ajoutons pas grand crédit à ce procédé, car s'il a l'avantage de donner rapidement un aperçu de l'audition, il présente de grands inconvénients. D'abord, il est impossible d'établir une comparaison entre les divers examens du même malade, par la raison qu'on ne peut reproduire facilement la même intensité, le même timbre et la même hauteur de la voix ; on ne peut donc obtenir un ton qui soit toujours le même. En outre, par ce procédé, on ne peut localiser l'examen à une seule oreille, car malgré les divers modes d'occlusion du méat auditif employés par les auteurs, il arrive presque

toujours que les malades entendent par l'autre oreille. Cependant, en se servant d'un cornet acoustique appliqué d'une part à l'oreille du patient et d'autre part à la bouche du médecin, on pourra éviter cette dernière cause d'erreur.

Aussi, les inconvénients de cette méthode sont tels, que la plupart des auteurs n'y attachent pas une grande importance; Urbantschitsch, cependant, la considère comme excellente, et la préfère à celle de la montre.

Montre. — C'est ce procédé auquel ont recours la plupart des médecins auristes.

Il faut d'abord établir chez un grand nombre d'individus sains la limite à laquelle sont entendus les bruits de la montre que l'on emploie. Et, au reste, il n'est pas sans inconvénient de se servir de la première montre venue. L'on doit prendre une montre dont le mouvement soit assez fort et le son très pur; on trouve ces conditions réalisées dans les montres à cylindre et à pivot. Il faut éviter de faire usage d'une montre à ancre, ces montres ne donnent qu'un bruit de frottement assez faible. On a encore quelquefois recours à des montres à sonnerie ou à répétition, ou encore à système d'arrêt; elles servent à contrôler le dire des malades.

Pendant l'examen de l'acuité auditive, le patient doit tenir les yeux fermés. Le médecin place la montre sur l'axe auditif à une certaine distance de l'oreille et ne l'avance que progressivement; s'il agissait autrement, les perceptions ayant une certaine durée, il pourrait croire que la montre est entendue à une plus grande distance qu'elle ne l'est réellement. Il faut à un certain moment éloigner ou enlever même la montre à l'insu du patient, afin de s'assurer de l'exactitude de ses réponses.

Mais la montre ne donne pas une idée exacte de la finesse de l'ouïe; du reste, les résultats de la montre et de la voix ne coïncident pas toujours. De Troeltsch a dit que quand la surdité datait de l'enfance, la montre était mieux entendue que la parole, et quand la surdité ne survenait qu'à une époque plus avancée de la vie, les individus étaient plus sensibles à la parole.

Ces différences entre la perception de la parole et celle du tic-tac de la montre, est due à diverses causes, dont la principale est que la montre ne donne qu'un son, tandis que la parole peut en produire une infinité variable par leur inten-

sité, leur hauteur et leur timbre. Or, il n'est pas rare de constater que certains sons échappent à des sourds; ainsi, les mots pauvres en voyelles ou renfermant les lettres B, D, F, T, peuvent ne pas être entendues, tandis que d'autres mots contenant beaucoup de voyelles sont bien perçus par les mêmes personnes. De même aussi le tic-tac de la montre peut ne pas être entendu par des individus qui cependant entendent la parole.

Diapason. — Ce sont Bonnafont et Vidal de Cassis qui l'ont employé les premiers. Cet instrument sert surtout quand on veut examiner l'ouïe relativement à un son déterminé; il est encore employé pour reconnaître l'état de la fonction de l'oreille, et plus est longue la durée de la perception des vibrations et la distance à laquelle celles-ci sont entendues, plus est bonne l'acuité auditive. Il est bon d'imiter l'exemple de Konig et Politzer, qui sont parvenus à supprimer toutes les harmoniques, en conservant seulement le son fondamental au moyen de petits étaux fixés par des vis sur les branches de diapasons prismatiques. Quand les étaux se trouvent près de l'extrémité libre des branches, le son est plus grave; s'ils sont mis à l'extrémité opposée, le son devient plus aigu.

La plupart des auteurs mesurent seulement la distance à laquelle le son du diapason est entendu; d'autres préfèrent compter la durée de la perception de cet instrument, ainsi Conta. Il introduit le bout d'un tube en caoutchouc dans l'oreille du patient, à l'autre côté il adapte un diapason préalablement mis en vibration. La durée de la perception du corps sonore lui donne la mesure de l'acuité auditive du sujet.

Magnus a cherché à remédier aux inconvénients de cette méthode en fixant le diapason sur une tige verticale adaptée à une table. Le diapason est mis en vibration par une boule de bois suspendue verticalement; cette boule tombe toujours de la même hauteur. L'extrémité d'un cornet acoustique recueille les ondes sonores du diapason et les porte à l'oreille.

Lucœ a modifié cet appareil de façon que l'on peut frapper le diapason en différents points de ses branches avec un petit morceau de bois recouvert de caoutchouc.

(*A suivre*) J. Baratoux.

CONGRÈS DE LONDRES

Section d'otologie *(Suite et fin)* (1).

Présidence du Dr William Dalby.

Séances du lundi 8 et du mardi 9 août.

M. Fournié. — Dans une note sur les fonctions de la trompe d'Eustache, d'accord avec les physiologistes, pense que les principales fonctions de la trompe d'Eustache sont de faire pénétrer l'air dans la cavité tympanique, de façon à maintenir l'air contenu dans la cavité en équilibre avec l'air extérieur, et de permettre la sortie des sécrétions formées dans sa cavité. Il croit, en outre, que l'une des fonctions essentielles de la trompe est de prévenir une résonnance désagréable des bruits extérieurs et intérieurs. Par certaines expériences il croit pouvoir prouver qu'il en est ainsi, et que les muscles qui sont ordinairement considérés comme dilatateurs sont en réalité obturateurs de la trompe.

M. Rumbult. — Contrairement à M. Fournié, pense que l'air est toujours un peu raréfié dans la caisse du tympan, afin de maintenir cette membrane tendue et légèrement concave. La trompe est toujours un peu ouverte, et non pendant la déglutition seulement. Il donne comme preuve de ce qu'il avance : 1° que si on prend la limite de l'audition avec une montre, au moment où l'expérimentateur accomplit l'acte de la déglutition avec les narines fermées, il ne perçoit plus le bruit de la montre, si au contraire les narines sont ouvertes, l'audition est améliorée, mais elle n'est point aussi bonne qu'au début pendant un certain temps, car au moment de la déglutition, une certaine quantité d'air pénètre dans l'oreille. 2° Si après avoir pris la limite de l'audition, on emploie la méthode de Valsava, l'audition diminue et elle s'améliore en avalant, mais en restant encore, pendant quelque temps au-dessous des premières limites.

M. Knapp. — Lit une note sur le tympan artificiel, fait avec de la ouate, recherchant ses effets acoustiques, son importance comme moyen curatif et son mode d'action.

Voir le numéro du 17 décembre 1881.

M. Gardner-Bown. — Fait une communication sur le sens du toucher, comme type de comparaison pour le pouvoir auditif :

Pour examiner la perceptivité auditive, le diapason doit être préféré à la montre, entre autres raisons parce que son ton étant déterminable, permet à différents observateurs de comparer leurs résultats.

Le diapason médium — C (= 256 vs.) est, pour cet usage un excellent type de ton, car il correspond à peu près au médium de l'échelle de la voix humaine dont on se sert dans la conversation. Quand le " champ de l'audition " (Knapp), devra être déterminé, on se servira de tons plus élevés ou plus bas. Jusqu'ici la meilleure manière d'employer le diapason a consisté à le frapper d'un coup mesuré de façon à assurer l'amplitude uniforme de ses vibrations, à l'appliquer au même instant sur la tête du patient et à noter la durée de son pouvoir auditif (Magnus).

Actuellement, l'auteur a conçu l'idée que l'instant de la décroissance de l'amplitude des vibrations correspondant avec le moment de leur disparition pour le sens du toucher dans le pouce et le doigt de l'observateur, établissait un type convenable et excellent de comparaison pour la perceptivité auditrice du malade.

Si le pouvoir auditif reste au-dessous de cet instant, l'auteur le désigne par moins, s'il le dépasse par plus. Le temps étant divisé en demi secondes (pour éviter des fractions), on peut se servir d'une montre à arrêt ; mais l'auteur préfère compter simplement par demi-seconde, ce que l'on peut faire facilement et correctement après un court exercice. Ou bien le temps peut être estimé avec un sablier tubulaire, qu'il a fait construire pour cet objet.

Les endroits les plus convenables pour un examen ordinaire sont : sur l'apophyse mastoïde, par la conductibilité de l'os, et au foyer de la conque par les ondes sonores aériennes.

Exemple de l'usage du diapason medium — C : Cas de P. S., âgée de 46 ans, catarrhe simple d'oreille moyenne (côté gauche).

	Oreille droite.	Oreille gauche.	Oreille gauche (après insufflation de Politzer).
Sur la mastoïde........	+ 9	+ 13	+ 13
Foyer de la conque....	+ 17	— 13	— 5

M. Edward Woakes (de Londres). — Lit une note sur la surdité parésique. Il expose deux causes qui produisent la surdité quand il n'y a pas d'état anormal objectif de l'oreille externe et moyenne; c'est-à-dire, une maladie du labyrinthe, ou du nerf auditif dans un point de son trajet ou de son origine, ce qui constitue un premier groupe de cas; et des lésions nerveuses de nature parésique de l'appareil musculaire de l'oreille moyenne, comprenant les trompes d'Eustache, qui constituent la seconde et beaucoup plus nombreuse classe de ces cas. La présente communication est limitée au dernier groupe.

L'auteur a déjà appelé l'attention sur ce sujet, appliquant la dénomination distinctive de « surdité parésique » à ces cas, dans une note lue à Cork, en août, 1879, et publiée dans l'*American Journal of Otology*, en octobre de la même année, et dans le numéro du mois de janvier suivant. Dans la présente note, il met à contribution son expérience ultérieure de la maladie, en y ajoutant quelques cas explicatifs.

Les symptômes sont d'abord passés en revue. L'auteur démontre qu'ils sont caractéristiques et constants. Ils sont négatifs au point de vue de l'oreille, et objectivement positifs au point de vue du palais et de la région de l'isthme du gosier. Les rapports anatomiques et physiologiques entre ces organes et l'appareil de l'ouïe sont indiqués, et il décrit la manière spéciale par laquelle ils interviennent dans le mécanisme de l'audition normale.

Les caractères, qui différencient la "surdité parésique,, des formes voisines d'affections de l'oreille, sont exposés; puis viennent certains états qui peuvent la compliquer et obscurcir le diagnostic. Les causes qui le produisent sont ensuite développées; et en dernier lieu, le traitement adopté pour faire disparaître la maladie et les perspectives de guérison, sont discutés avec l'histoire détaillée des cas.

M. Pierce. — Dans un travail sur l'action de la syphilis

sur l'oreille, pense que les effets de la syphilis congénitale et acquise sur l'oreille sont moins bien étudiés que ses effets sur l'œil, les dents, la peau, etc. Les affections syphilitiques de l'oreille analogues à la corneo-iritis et à l'amaurose. Les signes et symptômes des affections syphilitiques de l'oreille doivent être considérés en même temps que l'histoire et les signes collatéraux de la syphilis, ainsi que l'inefficadité du traitement anticatarrhal destiné à remédier à des symptômes de catarrhe apparent.

Les symptômes tenaces de la syphilis de l'oreille sont-ils dus à une périostite des parties ou à une forme prolifère de l'inflammation des membranes muqueuses intéressés? Dans le premier cas, les affections des os (mastoïde, pétreux, et temporal) avec complication interne devraient être plus communes que les catarrhes de l'oreille moyenne. Les ulcérations primitives de l'oreille sont très rares. Les éruptions secondaires squameuses, pustuleuses et papulaires sont communes (cas cités).

La syphilis de l'oreille moyenne est plus souvent caractérisée par un catarrhe avec prédominance marquée des symptômes anormaux du nerf auditif, et chez les adultes elle donne à penser à la syphilis acquise ou héréditaire comme cause prédisposante.

M. Pierce cite 40 cas de syphilis acquise, affectant l'oreille.

La syphilis congénitale se manifeste de 11 à 18 ans comme moyenne.

Plus fréquente chez les femmes comme 5 à 1, l'invasion de la surdité est progressive mais rapide : de trois semaines à 1 an. Elle commence vers la puberté chez les femmes, un peu plus tard chez l'homme.

La membrane du tympan est terne, perlée, opaque ; la tache claire, large et sombre et le manche du marteau rouge, plat et rétracté. Le méat sec et poli. Le canal nasal gonflé avec épaississement chronique et de l'écoulement.

La surdité est généralement précédée par de la kératite interstitielle chronique dont la guérison implique l'invasion d'une surdité intense très rebelle. La carie

précoce des dents, caractéristique de la syphilis congénitale, donne lieu aux douleurs d'oreilles.

Les effets de la syphilis congénitale de l'oreille son notés dans trente-cinq cas. Comme résumé des caractéristiques de la syphilis acquise ou congénitale nous trouvons :

I. — Une surdité très prononcée et marquée de bonne heure dans la marche de la maladie.

2. — Ses progrès rapides et l'absence de douleur.

3. — Là perte rapide et extrême de l'ouïe pour le diapason sur le vertex.

4. — L'oblitération fréquente des deux trompes d'Eustache.

5. — La persistance du tintement de nature sifflante.

6. — La coïncidence fréquente de symptômes de l'oreille moyenne.

7. — L'amélioration de la maladie des yeux pré ou coexistante.

8. — La participation plus grande du nez et du pharynx que dans le catarrhe de l'oreille.

9. — La guérison moins complète que dans le catarrhe simple.

10. — L'intolérance pour le bruit, comme celle pour la lumière dans les maladies syphilitiques de l'œil, est un trait peu caractéristique dans les affections syphilitiques de l'oreille.

Si la plupart des affections syphilitiques de l'oreille sont dûes à une inflammation du périoste des os pétreux et temporaux, comment pouvons-nous expliquer la perte rapide de la puissance du nerf auditif, qui a lieu lentement en général dans ces cas ?

M. P. Thomas Barr. — *Accumulations caséeuses dans l'oreille moyenne, considérées comme une cause probable du tubercule milliaire.* — L'attention est appelée en premier lieu sur l'opinion que des auteurs, tels que Von Tröltsch, ont émise sur le sujet. Enoncé des opinions nouvelles sur la pathologie du tubercule miliaire, émises par Buhl, Cohnheim, et des pathologistes anglais distingués. On admet généralement que la tuberculose aiguë est due à un virus, et que ce virus est souvent composé de produits

caséeux inflammatoires, accumulés dans une partie du corps.

Description de l'anatomie des cavités de l'oreille moyenne ; fréquence et caractères des maladies exsudatives dans cet organe. L'auteur insiste sur la structure de l'oreille moyenne, parce qu'elle favorise la rétention, la dessication, et la caséification des produits catarrhaux sécrétés dans cet organe.

Facilités de l'absorption des matières caséifiées, grâce aux vaisseaux sanguins de l'oreille moyenne et des lymphatiques ; absorption de ces substances, amenant une tuberculisation locale et spécialement la méningite tuberculeuse.

Le danger de l'auto-infection tuberculeuse est imminent, lorsque des collections caséeuses se produisent chez des individus scrofuleux, ou à l'âge de la tuberculose. Il y a une période dans le processus de purulence où le danger de pyémie est plus grand ; il y a aussi une période dans laquelle le danger d'auto-infection tuberculeuse est plus grand, et céla a lieu après que la sécrétion de l'oreille a cessé spontanément ou a été guérie par le traitement.

L'auteur considère les données fournies par l'expérience et l'observation, qui viennent à l'appui de l'opinion émise sur le rapport entre le tubercule miliaire et les accumulations caséeuses dans l'oreille moyenne. Un cas de ce genre, observé par l'auteur, est décrit.

Malheureusement, une grande source d'observations est perdue, parce que l'oreille moyenne est généralement négligée dans les autopsies et les observations cliniques. Il montre que l'oreille moyenne pourrait être examinée par le pathologiste sur le cadavre d'une façon aisée et prompte.

L'objection principale des adversaires de l'auto-infection tuberculeuse par l'absorption des collections caséeuses, est que la tuberculose aiguë peut exister sans que l'on découvre un virus caséeux dans une partie quelconque du corps. Ne se pourrait-il pas que les recherches restent infructueuses, précisément parce qu'on ne fait pas d'examen de l'oreille ?

L'auteur réclame dans ses conclusions un examen de

l'oreille interne lorsqu'un cas de tuberculose et surtout de tuberculose aiguë se présente au médecin ou l'anatomo-pathologiste.

M. Mc-Bride (d'Edimbourg). — De quelques-unes des difficultés qui se présentent dans le diagnostic, le pronostic, et le traitement d'une certaine forme de surdité de l'oreille moyenne. — La forme de surdité que l'on se propose de discuter, sera mieux expliquée en établissant ses caractères cliniques les plus importants :

I. — Une surdité bien marquée, et souvent des bourdonnements et peut-être du vertige.

2. — L'examen du méat externe et de la membrane du tympan donnent des résultats purement négatifs. La membrane peut présenter un certain degré d'opacité, mais d'un autre côté, elle peut être parfaitement normale en apparence et se mouvoir en toute liberté quand on pratique l'insufflation de Valsalva, ou si l'on applique le spéculum de Siegle. Dans le cas typique de cette forme de surdité, la trompe d'Eustache est parfaitement perméable, car le patient peut gonfler l'oreille moyenne, ce que l'on vérifie par l'auscultation, et la membrane n'est aucunement attirée en dedans,

3. — L'auscultation, quand l'air est insufflé sur le tympan par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, révèle l'absence de liquide ; et cette manœuvre est absolument impuissante à améliorer l'ouïe. Ce dernier symptôme élimine la probabilité d'une surdité due à un épaississement du mucus, car dans les cas décrits par Hinton pour cette forme de surdité, une légère amélioration semble avoir généralement été produite par l'insufflation, et la description indique une série d'attaques subaiguës.

4. — Cette forme de surdité peut seulement être regardée comme étant due à une lésion du tympan pendant la vie, à la suite de l'épreuve du diapason.

Peut-être une certaine proportion de ces cas peut-elle rentrer dans la classe des « surdités parésiques » du docteur Woakes; mais il n'y a pas le moindre doute que d'autres ne peuvent pas y rentrer, et ne présentent pas les signes décrits par l'auteur. Ces derniers sont :

1. — Un état flottant du palais, les piliers de l'isthme du gosier mal déterminés, avec anesthésie locale.

2. — Généralement l'impossibilité de réussir l'expérience de Valsalva.

La surdité progressive du docteur Weber Liel peut être exclue, car jusqu'à l'apparition d'altérations secondaires bien marquées, la surdité semble ne pas être très prononcée dans cette forme.

La surdité dans cette sorte de cas doit être due à des altérations organiques du tympan ; et par l'étude des faits que l'anatomie pathologique nous a révélés, nous savons qu'un ou plusieurs des caractères suivants doivent exister :

1. — L'épaississement de la membrane muqueuse ou des os causant une altération dans les mouvements des parties servant à l'audition.

2. — Une formation nouvelle de tissu fibreux, ou des adhérences osseuses ; des ankyloses, obstruant la fenêtre ronde (ou plutôt sa membrane).

Nous savons que dans ces cas la surdité est due à la prolifération du tissu fibreux ou osseux. Mais quand à indiquer la nature et le siège de la lésion, nous ne pouvons le faire, excepté peut-être dans le cas d'ankylose des osselets.

Etiologie. — Autant que mon expérience limitée me permet de m'avancer, cet état de choses peut survenir par l'une des trois voies suivantes :

1. — Il peut être le reste d'un vieux processus catarrhal, qui s'est étendu à travers la trompe d'Eustache. Cette dernière peut, cependant, avoir repris son calibre. Dans un cas de ce genre, la membrane du tympan peut être opaque, mais toutefois d'une telle manière que nous ne pouvons tirer aucune conclusion de son apparence.

2. — Un processus, finissant par quelques-uns des caractères pathologiques décrits, peut tirer son origine du tympan et produire une surdité graduellement croissante.

3. — Quelquefois, chez des malades syphilitiques cette forme de surdité semble se développer avec une grande rapidité.

Diagnostic. — Comme nous l'avons dit plus haut, dans beaucoup de cas, nous ne pouvons pas espérer tirer des conclusions, si ce n'est qu'un des caractères pathologiques ci-dessus existe. C'est en soi un grand décompte. Mais si nous nous souvenons que quelquefois l'épreuve du diapason n'est pas absolument sûre, spécialement dans les cas où les fenêtres sont atteintes, et que chez les personnes âgées de plus de cinquante ans, nous sommes privés de toute espèce d'informations tirées de son emploi, le diagnostic devient dans beaucoup de cas presque absolument impossible.

Pronostic. — Probablement tout tend à le rendre défavorable.

Traitement. — Si la surdité est produite par un dépôt de tissu osseux ou fibreux, dans un endroit que nous ne pouvons pas atteindre avec la douche d'air, que devons-nous faire ?

Pouvons-nous espérer obtenir, par quelque remède local ou constitutionnel, la disparition de la substance nuisible ? Les partisans des injections liquides par le cathéter allèguent qu'elles agissent en déterminant une inflammation. Pourront-elles rompre des adhésions ou des ankyloses ? Et si elles le peuvent, quel est le mode rationnel de leur action ? Quand ces injections liquides ont été suivies de succès, leur action a-t-elle pu ne pas être mécanique ?

Sans doute, dans les cas de syphilis, les remèdes constitutionnels sont indiqués pour se joindre au traitement local.

MM. les docteurs Gellé et Urban Pritchard ont, pendant le cours des séances du Congrès, fait quelques démonstrations sur des préparations de l'organe de Corti et de l'oreille interne, et M. Samuel Sexton a montré une nouvelle sonde pour la trompe d'Eustache.

Après avoir voté des remerciements à M. Dalby, président de la section, et à MM. Purves et Urban Pritchard, secrétaires, pour la manière remarquable dont ils avaient organisé les séances et favorisé les discussions, les membres se sont séparés sans prendre de décision au sujet de la nouvelle réunion du prochain Congrès.

Revue de la Presse

Sur les pertes de substances dites aphteuses de la muqueuse, du larynx, de la trachée et des bronches dans la tuberculose pulmonaire, par le Dr Mackensie (de Baltimore). — L'auteur a examiné macroscopiquement et au microscope un certain nombre de pièces venant de sujets d'âges différents, morts de tuberculose pulmonaire. Toutes ces pièces contenaient des pertes de substances de dimensions variables. Il a constaté, sur de nombreuses coupes, qu'au début la partie supérieure de la muqueuse est infiltrée d'une masse compacte de petites cellules, mais jamais il n'a trouvé de tubercules miliaires ni dans les parties atteintes, ni dans leur voisinage. Aussi l'auteur est-il convaincu qu'il s'agit ici d'un véritable dépôt plastique, superficiel (dépôt diphtéritique) provoqué par l'irritation que détermine le passage des crachats purulents venant des cavernes pulmonaires. La tuberculose pulmonaire n'est donc que la cause indirecte de la lésion. (*Monatsch. fur ohrenh.* n° 9, 1881). — B.

Ankylose temporaire des deux articulations crico-aryténoïdiennes dans la polyarthrite synoviale aiguë, par le Dr Windelschmidt (de Cologne). — L'auteur rapporte un cas d'immobilité des deux articulations crico-aryténoïdiennes, ayant duré trois jours et survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Il s'agissait évidemment, dans ce cas, d'une arthrite rhumatismale, que l'auteur désigne sous le nom d'arthrite temporaire. (*Monatsch. f. ohrenh.* n° 10, 1881.)—B.

Epistaxis mettant la vie en danger — Le Dr Théodor Roth recommande, dans les cas d'épistaxis abondant et suffisamment prolongé pour faire craindre une terminaison fatale, l'acétate de plomb associé à l'opium, qu'il administre sous la forme suivante :

Sous-acétate de plomb......	0,12 cent.
Opium pur..................	0,01 cent.

F. S. A., une poudre à prendre toutes les deux heures.

L'auteur ajoute qu'un de ses malades dut absorber en trois jours 3 grammes d'acétate de plomb et 0,40 centigrammes

d'opium pour obtenir un rétablissement complet. (*Memorabil. Heft*, 5. 1881.) — B.

Opération des polypes du larynx à l'aide d'une éponge (méthode de Voltolini). — Le Dr Max SCHAFFER (de Brême), après avoir exposé quelques observations des malades atteints de polypes du larynx, opérés avec succès par cette méthode, arrive aux conclusions suivantes :

« L'opération avec une éponge est surtout indiquée dans les cas de fibromes durs et pédiculés. Dans les cas de papillomes et de kystes dermoïdes, mais lorsque les papillomes son mous, le résultat n'est pas aussi satisfaisant.

Ce procédé peut encore être combiné avec les moyens habituels dans les cas de néoplasmes ayant une large base d'implantation, pour permettre de les rendre accessibles à d'autres instruments. (*Monatsch. fur ohrenh.* n° 3, 1881.) — B.

Des sténoses laryngiennss et de leur traitement. — Après avoir fait l'historique du traitement des rétrécissements du larynx, que Schrötter contribua surtout à perfectionner, M. CHIARI, auteur de cet article, expose ensuite l'étiologie des sténoses, il signale les chordites inférieures (*chorditis vocalis inferior*), que l'on peut également observer sur les autres parties du larynx, la blennorhée chronique de la muqueuse du nez, de la gorge, du larynx et de la trachée, à laquelle Ganghofer et l'auteur lui-méme rattachent toutes les sténoses. M. Chiari rapporte les observations de cinq malades chez lesquels cette affection, avait évidemment déterminé l'apparition du rétrécissement qui fut traité par la dilatation progressive, à l'aide de tubes de caoutchouc (méthode de Schrötter). D'autres fois, la maladie est d'origine syphilitique, ou accompagnée de rhinosclérème. Lorsqu'aucune des causes précédentes ne peut être mise en jeu, il faut bien admettre que le catarrhe chronique ancien peut occasionner la maladie.

L'auteur passe ensuite en revue les sténoses aiguës (laryngite aiguë chez les enfants, croup etc.), dans lesquelles, sauf dans le croup et la tuberculose, il recommande l'emploi de la dilatation progressive, qui donne de meilleurs résultats que dans les formes chroniques, dont il rapporte deux exemples d'origine syphilitique, l'un cicatriciel, l'autre chez un malade atteint d'une sténose subaiguë.

L'auteur recommande, et avec raison, d'agir toujours avec prudence et d'habituer d'abord le malade à la présence des corps étrangers, rappelant un cas du Dr Catti, qui fut obligé de trachéotomiser un malade chez lequel il avait négligé de prendre cette précaution préliminaire.

M. Chiari préconise ensuite l'emploi du tubage pour remplacer la trachéotomie dans les cas d'œdème de la glotte et de tamponnement du larynx avec la canule de Trendelenbürg (Macewen, Hack), dans la périchondrite tuberculeuse, et même dans le cancer du larynx (Schaeffer) ; mais il est convaincu que ce procédé donnera surtout de bons résultats dans l'œdème aigu de la glotte qui accompagne les néphrites ou les inflammations du voisinage. (*Monatsch. fur ohrenh.* n° 6, juin 1881). — B.

Un spéculum du nez simple. —Le professeur Juras (d'Heidelberg) recommande, pour l'examen des fosses nasales, deux pièces de même dimension, séparées l'une de l'autre et ayant la forme d'une grande épingle à cheveux dont les extrémités sont recourbées en sens inverses sous un angle plus ou moins droit.

Cet instrument fort simple permet d'écarter suffisamment les narines pour examiner les fosses nasales. (*Monatsch. fur ohrenh.* n° 6, juin 1881). — B.

De l'électrisation des nerfs et des muscles laryngiens à travers la peau, par le Dr Rossbach (Wurzbourg). — Après avoir fait l'historique de la question, où il rapporte les expériences de Gerhard, tendant à démoutrer que l'on peut électriser les nerfs et muscles du larynx à travers la peau, et celles de Ziemssen, qui fait une réserve en faveur des récurrents, que cet auteur croit être plus difficilement accessibles à cause de leur situation profonde, M. Rossbach expose le résultat de sa propre expérience, et conclut que la faradisation et la galvanisation du larynx peuvent se faire à travers la peau; « même avec des courants faibles, dit il, on peut produire un effet physiologique et thérapeutique sur les nerfs et les muscles du larynx.» Il s'ensuit, par conséquent, que l'électrisation directe (intra-laryngienne) n'est pas nécessaire et peut être complètement remplacée par une électrisation cutanée suffisamment prolongée. (*Monatsch. fur ohrenh.* n° 10, octobre 1881). — B.

Deux observations de polype s'insérant sur la membrane

du tympan, par le Dr Noquet. — I. — La première de ces tumeurs a été enlevée chez un jeune homme de vingt-deux ans, dont l'oreille droite suppurait depuis un an. La perception crânienne était bonne, les ondes sonores s'écoulaient plus difficilement du côté droit, le malade avait eu de petites hémorrhagies par le conduit, et de petites douleurs de loin en loin, accompagnées de bourdonnements intenses et de vertiges presque permanents.

La tumeur de coloration rouge, saignant facilement au moindre attouchement avec le stylet, obstruait complètement le conduit et rendait difficile la notion de son point exact d'implantation. L'auteur fit d'abord, dans l'espace de deux jours, trois badigeonnages de la tumeur avec de l'acide acétique cristallisable et l'enleva ensuite avec des pinces spéciales. Ce procédé mixte serait, d'après M. Noquet, appelé à rendre des services dans les cas de polypes muqueux, en évitant les dangers du simple arrachement.

Le polype s'insérait sur le quart inférieur du tympan; le pédicule fut ensuite enlevé avec la pince trivalve de Bonnafont.

II. — Dans le deuxième cas observé chez une jeune fille de vingt-un ans, et chez laquelle existaient les symptômes précédemment décrits, sauf l'hémorrhagie et les douleurs, M. Noquet constata la présence d'un néoplasme rouge, saignant facilement au contact du stylet, mais n'obstruant pas entièrement le conduit. L'air insufflé par la trompe ne sortait pas au dehors, ce qui pouvait faire supposer l'intégrité du tympan.

La tumeur fut enlevée avec le polypotome de Wilde, et le pédicule détruit en trois semaines à l'aide du procédé de Politzer, c'est-à-dire des instillations d'alcool rectifié. Le tympan examiné à ce moment n'était point perforé, il était concave, présentait une mobilité anormale et était injecté dans sa moitié supérieure, mais l'acuité auditive était normale, l'écoulement avait cessé.

L'auteur ajoute, en terminant, que malgré l'utilité incontestable du galvano-cautère pour détruire les polypes de l'oreille, les difficultés et les précautions qu'exigent le maniement de l'appareil recommandé par Voltolini, Jacoby et Schwartze, lui font préférer l'emploi des méthodes à froid. (*Bull. méd. du Nord,* 10 octobre 1881.)

Miroir prismatique pour l'examen rhinoscopique. — M. Gellé a présenté a la Société de Biologie (séance du 8 décembre 1881), un miroir de forme prismatique, pour pratiquer l'examen rhinoscopique, qui mesure 1 centimètre ou 1 centimètre et demi au plus de côté. Le manche s'articule solide avec la base inférieure du prisme et s'insère dans la direction de la face qui regarde le pharynx.

L'image a l'avantage d'apparaître dans sa grandeur vraie et non plus en racourci, comme dans le miroir plan. Le miroir prismatique est de plus facilement mis au point et rend l'image plus nette. (*Trib. méd.*, 11 décembre 1881.)

Punaise fixée sur la membrane du tympan. — M. le Dr Noquet rapporte un fait dont on trouve le parallèle dans le *Traité des maladies d'oreille*, d'Urbantschihch ; il s'agit d'un ouvrier qui fut réveillé pendant la nuit par une petite douleur qu'il éprouvait au fond de l'oreille gauche, avec des bourdonnements intenses comparables à celui d'une grosse mouche ; il percevait, en outre, des espèces de grattements et de frottements. Sachant que la chambre où il couchait était infestée par de nombreuses punaises, il pensa aussitôt à l'introduction d'un de ces insectes dans son oreille.

A l'examen, l'acuité auditive était diminuée de coté, et l'on voyait sur le tympan une sorte de corps noir, éllipsoïde, long de 3 millimètres environ, fixé perpendiculairement au manche du marteau, un peu au-dessous de son apophyse externe ; du centre de ce corps noir partaient en divergeant plusieurs petits vaisseaux, signes d'irritation locale.

La petite masse fut détachée avec une curette, et aussitôt tombé sur la paroi inférieure du conduit, l'animal, car c'était bien une punaise, se mit à remuer les pattes, et fut ensuite ramené au dehors.

Le conduit auditif du sujet était large et absolument sec, conditions qui avaient permis l'entrée de la punaise, qui était, il est vrai, de petite dimension. (*Bullet. méd. du Nord* n° 10, octobre, 1881.)

Hypertrophie du côté droit du nez. — Le Dr Little a présenté à la « New-York surgical Society » (séance du 11 octobre 1881), une femme de vingt-cinq ans qui, depuis six ou sept ans environ, avait remarqué que le côté droit de son nez était plus gros que le gauche. Depuis cette époque, la diffor-

mité a été en augmentant peu à peu, et depuis un an surtout, elle a fait de rapides progrès. Il n'existait aucune espèce de douleur.

Au toucher, on avait la sensation d'un nœvus. L'auteur demandait à la Société si elle croyait utile d'intervenir. Les D[rs] Prost et Little furent d'avis d'opérer la malade. (New-York, *Méd. Rec.*, 26 novembre 1881.)

De l'emploi de la résorcine dans les maladies d'oreilles. — Le D[r] Rossi, de Rome, a publié dans les Archives d'Otologie (*Archives of otology*), un article sur l'emploi de ce médicament, découvert par Hlasiwitz et Barth, en 1864, et introduit dans la pratique médicale en 1877, par Andeer.

Le D[r] Rossi a employé la résorcine dans plus de cent cas d'otite moyenne purulente, et il croit pouvoir affirmer qu'aucun autre remède n'a donné de résultat aussi satisfaisant dans cette maladie rebelle. Même dans les cas où l'on avait employé les caustiques pendant plusieurs mois, la résorcine a amené quelquefois la guérison après cinq ou six applications.

La résorcine est soluble dans l'eau, l'alcool et la glycerine, et on peut l'employer pure ou en solution dans l'eau ou l'alcool (4 p. 100.)

Elle doit son action thérapeutique à ses propriétés antiseptiques. (*The specialist.*, décembre 1881.)

Herpès du larynx, par le D[r] Beregszaski (*Scienze mediche*). — L'auteur expose avec beaucoup de détails la forme symptomatique et les résultats de l'examen laryngoscopique de cette maladie.

En même temps que les manifestations d'une inflammation plus ou moins intense de la muqueuse laryngée et des altérations de la voix, par suite de l'occlusion imparfaite des cordes vocales, on trouve la surface du larynx recouverte d'un exsudat sous forme de flocons de couleur rouge foncé de la dimension d'une petite lentille, à un grain de millet. Au bout de deux ou trois jours on voit apparaître des vésicules qui s'ouvrent, en laissant des solutions de continuité en forme d'érosions ou de petits ulcères. Ces vésicules font éruption à des intervalles variés, on peut observer chez le même sujet toutes les phases de la même éruption.

L'apparition simultanée des manifestations herpétiques sur

la langue, sur les lèvres et le pharynx se montrant quelquefois, facilite le diagnostic.

Comme phénomène subjectif, l'auteur indique une sensation de douleur pendant la déglutition et la phonation, comme une sensation de pression et de brûlure dans la gorge.

Le malade guérit ordinairement sans aucune médication. C'est ce qui rend nécessaire l'exactitude du diagnostic pour éviter la confusion possible avec une autre maladie, comme la syphilis, par exemple, qui exige un traitement spécial. (*Rev. méd. franc. et étrang.*, 20 août 1881.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx et nez.

ARCHAMBAULT. — Du traitement de la diphtérie par la pilocarpine. (*Bullet. et mém. de la Société de Thérapeut.*, 15 novembre 1881).

CARL SEILER. — De l'opération de Jarvis dans le catarrhe nasal hypertrophique, avec trois observations. (*N. Y. Med. Rec.*, 29 octobre 1881).

FRAENKEL (B.). — Des relations de l'asthme nerveux avec les maladies du nez. (Berlin, *Klin. Wochensch.*, nos 16 et 17, 1881).

FRŒLICH (Louis). — Étude sur les polypes tonsillaires et les tumeurs du voile du palais. (*Göttingen*, 1880).

FORWALDT. — Un cas de tuberculose de la muqueuse du nez. (*N. Y. Med. Rec.*, 6 novembre 1880).

GUTTMAN. — Des effets de la pilocarpine dans la diphtérie. (Saint-Pétersb., *Méd. Wochensch.*, no 46, 1881).

HABERMANN. — Contribution à l'étude de la cavité naso-pharyngienne avec le spéculum de Zaufal. (*Separ. abd. aus. d. Wien. Med. Press.*, 1881).

HARTMANN. — De l'opération des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. (*Deuts. Med. Wochensch.*, no 9, 1881).

KRISHABER. — De la sonde œsophagienne à demeure. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, novembre 1881).

LANGREUTER. — Sténoses pharyngiennes d'origine syphilitique. (*Deutsch. Arch. fur Klin. Med.*, Bd 26, p. 322).

MICHAEL. — Rugine double pour le traitement des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, no 5, 1881).

MICHEL. — Du traitement des maladies de la bouche, du pharynx et du larynx, Leipzig 1880. (Vogel éditeur).

NOEL GUENEAU DE MUSSY. — De quelques formes insidieuses d'angine syphilitique. (*France méd.*, 19 novembre et 3 décembre 1881).

PETIT. — De quelques considérations sur les polypes naso-pharyngiens et leur propagation au cerveau (*Thèse*, Paris 1881).

SPENCER. — Arrêt immédiat du saignement du nez. (*Brit. med. journ.*, 12 novembre 1881).

SPENCER WATSON. — Diagnostic et traitement des polypes du nez. (*The specialist*, novembre et décembre 1881).

WEIL. — Corps étrangers du nez du volume d'une noisette, retrécissement à la nasale droite à la suite d'hyperostose et de polype occupant le cornet inférieur de cette cavité. (*Pregr. mad. Wochensch.*, n° 45, 1880).

WEIL. — Des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne. (*Méd. corresp. Blatt.*, 2 octobre 1881).

WEISS. — Complications rares dans le cancer du pharynx et de l'amygdale. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er décembre 1881).

Larynx et trachée.

ANDREW SMITH. — Névroses de la gorge. (*Archiv. of Laryngologie* New-York, vol. 2, n° 4, 1881).

BERNARD PITTS. — Compression de la trachée par le corps thyroïde hypertrophié. (*Brit. méd. journ.*, 19 novembre 1881).

BEVERLEY ROBINSON. — Complications laryngiennes de la phthisie pulmonaire. (*Arch. of laryng.*, N. Y. n° 4, 1881).

BOSWORTH. — Ulcération tuberculeuse de la langue. (*Archiv. of Laryng.*, N. Y. n° 4, 1881).

BRAUN (H.). — Guérison d'une sténose du larynx et de la trachée par la dilatation avec un tampon en caoutchouc. (*Centrabl. für Chirurg.*, n° 51, 1880).

BRUNS (P.), — Perfectionnement du larynx artificiel. (*Langenbeck's Arch. f. Klin. chirurg.*, 3, Heft 26, 1881).

CAILLÉ. — Sténose laryngée d'origine diphthérique, trachéotomie, guérison. (Compte-rendu de *N. Y. Society of Germam physic.*; *in N. Y. Med. Rec.*, 12 novembre 1881).

EHRENDORFER (E.). — Enumération des cas de tumeurs rares du larynx et du pharynx. (*Langenbeck's Arch. f. Klin. chirurg.*, 3, Heft 26, 1881).

ELSBERG (Louis). — Contribution à l'étude de l'histologie normale et pathologique des cartilages du larynx. (*Arch. of laryng.*, n° 4, 1881).

GROLLEMUND (W.). — Relation d'une épidémie de diphthérie observée à Saint-Dié. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er décembre 1881, n° 23).

KANDARAZKI. — Des nerfs des voies respiratoires. (*Arch. f. Anat. und Physiol. Jahrg.*, 1881, *Anat. Abth.*, Heft 1).

KRISHABER. — Quelques considérations sur la phthisie laryngée. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, novembre 1881).

KOCH (Paul). — Sur les effets du traitement des sténoses laryngiennes. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, novembre 1881).

LOERI (E). — Contribution à l'étude de la pathologie de la muqueuse du pharynx et du larynx. (*Wien. med. Press.*, nos 12 et 19, 1880).

MEYER-HUNI. — Extraction d'un fibro-sarcome de la partie inférieure de la trachée par une incision paratiquée sur ce conduit. (*Correspondentzblatt für Schweiser Aertze*, 1er mai 1881, *et N. Y. Med. Rec.*, 12 novembre 1881).

OTT. — De l'étiologie de la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte. (*Prager méd. Wochensch.*, 1879).

SCHERLE (H.). — De la symptomatologie des fistules œsophago-trachéoles d'une certaine dimension. (*Deust, med. Wochensch.*, n° 5, 1881).

SCHNITZLER. — De la tuberculose miliaire du larynx et du pharynx. (*Wien. med. Presse*, nos 20, 23 et 26, 1881).

SOMMERBRODT. — Contribution à l'étude de la pathologie du larynx. (*Breslauer Aerzt. Zeitsch.*, n° 1, 1880).

WILIAM PORTER. — Du pronostic de la phthisie laryngée. (*Arch. of Laryng.*, N. Y., n° 4, 1881).

Oreilles.

BEZOLD. — Recherches expérimentales sur l'appareil conducteur des sons dans l'oreille humaine. (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XVI, Heft 1 et 2).

BEZOLD. — Nouvelle voie suivie par le pus dans les cas d'inflammation des cellules de l'oreille moyenne, et des moyens d'y remédier. (*Deutsch. med. Wochensch.*, nº 28, 1881).

BING (A.). — Des maladies de l'apophyse mastoïde et de leurs relations avec l'organe de l'ouïe. (*Wien. med. Blatter*, nºs 14, 15 et 16, 1881).

BRUCKNER. — Des maladies de l'oreille chez les employés de chemin de fer. (*Arch. f. Ohr.*, Band XVII, Heft 1 et 2).

CHRISTIANI. — Expériences physiologiques sur le cerveau et les nerfs du lapin. (*Monatsber. der Berl., Acad. der Wissenschaf.*, février 1881).

CZARDA. — Du traitement antiseptique dans les maladies de l'oreille, tympan artificiel antiseptique. (*Wien. med. Presse*, 1881).

GELLÉ ET WIET. — Lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne à la suite de l'élongation du nerf pneumogastique. (*Soc. de Biologie*, séance du 22 octobre 1881, et *Trib. med.*, 3 octobre 1881).

GOTTSTEIN (de Breslau). — Contribution à l'étude des affections de l'oreille dans le cours des fièvres éruptives. (*Arch. fur Ohr.*, Band XVII, Heft 1 et 2).

GRUBER. — De la compression et de la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe comme moyen curatif dans les maladies d'oreille. (*Allg. Wien. med. zeit.*, nºs 1 et 2, 1881).

GRUBER. — Quelques nouveaux traitements de l'otorrhée. (*Allg. Wien. med. zeit.*, nºs 28, 29 et 30, 1880).

HEDINGIR OHRENAZT (de Stuggart) — Une exostose particulière de l'oreille. (*Zeitsch. f. Ohr.*, Band X, Heft 1).

KELLER. — Contribution à l'étude des névroses de l'os temporal. (Berlin. *Klin. Wochensch.*, nº 44, 1880).

KIRDNER (de Wuzbourg). — Contribution à l'étude de la topographie extérieure de l'oreille au point de vue des blessures qui peuvent atteindre cet organe. (*Verh. der phys. med. Gesellsch.*, N. I, Band XVI).

KNAPP (de New-York). — Périchondrite de l'oreille. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Band X, Heft 1).

LADREIT DE LACHARRIÈRE. — De l'otite labyrinthique. (*Ann. des mal. de l'or et du lar.*, nov. 1881).

MACNAUGTON-JONES. — Du microbe zymotique et de ses rapports avec la thérapeutique de l'oreille. (*The spécialist.* 1er novembre 1881).

MEYER (de Copenhague). — Du traitement de l'hématome de l'oreille. (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVI, Heft 3).

MOOS ET STEINBRUGGE (H.) (d'Heidelberg). — De l'atrophie des nerfs du premier tour de la cochlée, son importance physiologique et pathologique. (*Zeitsch. fur Ohrenh.*, Band X, Heft 1.

MOOS ET STEINBRUGGE — Résultat de l'examen anatomo-pathologique d'un cas de déformation de l'oreille droite. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Band X, Heft 1).

MOOS ET STEINBRUGGE. — Un cas rare de piqûre du côté gauche de la tête, entre l'œil et l'oreille. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Band X, Heft 1).

MUNCK (H.). — De la sphère acoustique de l'écorce cérébrale. (*Monatsber. der Berl. Academ. des Wissenschaften*, mai 1881).

NOQUET. — 1º Névralgie de l'auriculo-temporal, des branches auriculaires et mastoïdiennes du plexus cervical, de quelques filets du pneumogastrique, provoquée par un bouchon de cérumen développé dans le conduit auditif droit, autour d'un grain d'avoine entré à l'insu du malade.

2º Spéculum de Bruuton transformé en spéculum pneumatique. (*Bullet. méd. du Nord*, 1er octobre 1881).

PIERCE. — De l'action de la syphilis sur l'oreille. (*The spécialist.*, nov. et décembre 1881).

PINDER (I.-H.). — Suppuration des cellules mastoïdiennes, opération. (*Brit. med. journ.*, 3 décembre 1881).

POLLAK. — De la valeur des procédés opératoires dans les cas ou l'incision du tympan est indiquée. (*Allg. Wien. med. zeitung.*, n° 46, u. ff. 1880).

POLLACK. — Tumeurs gommeuses de l'apophyse mastoïde et de la région temporo-frontale compliquées d'otite moyenne purulente. (*Allg. med. Zeit.*, n° 20, 1881).

SCHWARTZE. — Deuxième série de 50 cas de paracentèse de l'apophyse mastoïde (suite). (*Arch. fur Ohrenh.*, Band XVII, Heft 1 et 2).

SCHWARTZE. — Piqûre de l'oreille, écoulement du liquide cérébro-spinal, symptômes graves d'irritation cérébrale, guérison. (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XVII, Heft 1 et 2).

STEINBRUGGE (d'Heidelberg). — Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, Mort par suite de tuberculose miliaire. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Band X, Heft 1).

URBANTSCHITSCH. — 1° Contribution à l'édude de la perception des sons.

2° De l'augmentation et de la diminution des sons qui produisent des sensations acoustiques. (*Plugers, Arch. für Phs.*, Band XXIV, 1881).

VALK (Francis). — Membranne remplaçant le tympan dans le conduit auditift (*New-York Med. Rec.*, 32 octobre 1881).

WEIL (de Stuggart). — Communication préalable sur les résultats de l'examen de l'ouïe de 4,500 enfants. (*Monatssch. für Ohrenh.*, n° 8, 1881).

ZAUFOL (E.). — Capsules désinfectantes commnniquant avec les appareils employés pour la douche d'air.

De la valeur de l'endoscope de Nitze e, de Leiter, pour l'examen de l'organe de l'ouïe. (*Arch. für Ohrenh.* Band XVII, Heft 1 et 2).

X X X. — Écoulement de l'oreille de feu président Garfield. (*New-York Med. Rec.*, 21 octobre 1882).

NÉCROLOGIE

Encore une victime du devoir! M. le Dr DAVID FOULIS (de Glascow), vient de succomber, rapidement enlevé par la diphtérie, à l'affection de ceux qui l'ont connu.

Ce laryngologiste éminent plein de vie et de jeunesse, a contracté la terrible affection qui l'a emporté, auprès d'un de ses malades auquel il avait pratiqué la trachéotomie.

M. DAVID FOULIS était collaborateur aux Archives de Laryngologie d'Amérique (Arch. of Laryngol.), et cet auteur avait déja publié, dans plusieurs feuilles médicales, des articles marqués au coin d'un esprit scientifique sérieux.

AVIS A NOS ABONNÉS

Nous avons l'honneur de prévenir nos abonnés, dont l'abonnement expire le 1er janvier 1882, de vouloir bien, pour éviter les frais de recouvrement, adresser le montant de leur renouvellement à M. O. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Les nouveaux abonnés sont instamment priés d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse afin d'éviter toute cause d'erreur et de retard dans l'envoi du journal.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.